

N° 39

ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

DYSPEPSIE GASTRIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Août 1883

Par Ch.-Jⁿ. ALLEMAND

Né à MOUTHE (Doubs).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE BOEHM ET FILS

IMPRIMEURS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES

DE LA SOCIÉTÉ LANGUEDOCIENNE DE GÉOGRAPHIE. — ÉDITEURS DE LA REVUE DES SCIENCES NATURELLES

1883

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. J. BENOIT ☼ ✚..... DOYEN
 CASTAN } ASSESSEURS
 COMBAL ☼ }

PROFESSEURS :

Opérations et Appareils.....	MM. BOUISSON. O ☼ ✚, Doct. Ho.
Pathologie externe.....	BOYER ☼.
Accouchements.....	DUMAS ☼.
Clinique médicale.....	DUPRÉ ☼ C ✚.
Anatomie.....	BENOIT ☼ ✚.
Clinique chirurgicale.....	COURTY ☼.
Clinique médicale.....	COMBAL ☼ ✚.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	CAVALIER ☼.
Physique médicale.....	MOITESSIER ☼.
Anatomie pathologique et Histologie.....	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie.....	JAUMES
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL ☼.
Chimie médicale et Pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.....	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	PLANCHON ☼ ✚.
Physiologie (Chargé du Cours).....	LANNEGRACE.

MARTINS (O ☼) FONSSAGRIVES (O ☼), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants.....	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées..	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. JACQUEMET.	MM. CARRIEU.	MM. MORIEZ.
PECHOLIER.	MAIRET.	REGIMBEAU ☼.
GRYNFELTT.	CHALOT.	TÉDENAT.
DE GIRARD.	BIMAR.	DUMAS fils.
SERRE.	LANNEGRACE.	BLAISE.
ROUSTAN.	MOSSÉ.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. DUPRÉ, président;
 BERTIN, professeur;
 PECHOLIER agrégé;
 MAIRET, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Reconnaissance éternelle.

A MA SŒUR

Restons toujours unis.

A mes Oncles JEAN et FLORENTIN

A TOUTE MA FAMILLE

J^h. ALLEMAND.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-ONCLES

LES DOCTEURS

VAUCHERET, CLAUDET ET BOUVERET

A MES COUSINS LES DOCTEURS

BÉVALET et François VAUCHERET

A Monsieur Louis NADAL

Receveur des Hospices de Montpellier.

J^b. ALLEMAND.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Sénateur DUPRÉ

Professeur à la Faculté de Médecine.

A Monsieur le Docteur BAUMEL

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine.

A Mon Ami le Docteur GERBAUD

Chef de Clinique obstétricale.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

J^h. ALLEMAND.

A MES PREMIERS MAÎTRES

MM. les Professeurs de l'École de Médecine de Besançon

A Monsieur le Docteur COUTENOT

Médecin en chef de l'Hôpital Saint-Jacques,
Professeur de Clinique Interne, à Besançon.

A MES AMIS

LACHAPELLE, ROUSSELOT, BOUVRET, RIEUL,
ALBERT JOUFFROY, BAILLY-COMTE, BLONDEAU, BESSET,
COUSIN, MORET-BAILLY, L'ADMIRAL ET FADAT

J^h. ALLEMAND.

INTRODUCTION

Étude clinique de la dyspepsie gastrique : tel est le sujet de notre Thèse inaugurale.

Attirer, une fois de plus, l'attention sur la Dyspepsie, rapporter quelques-uns des cas qui nous ont, dans ces derniers temps, plus particulièrement frappé, et leur appliquer les notions actuellement acquises : tel est le but modeste que nous avons aspiré d'atteindre.

Sans prétendre avoir écrit une monographie complète sur la Dyspepsie gastrique, nous croyons du moins avoir envisagé les grands problèmes cliniques que son existence peut faire naître.

Puissent nos faibles moyens avoir été à la hauteur de la tâche que nous nous étions imposée ? Puissent nos Juges nous savoir gré de nos efforts !

Pour atteindre notre but, nous avons :

Défini la dyspepsie ;

Établi cinq divisions étiologiques que nous avons successivement passées en revue ;

Enfin, après la description de chacun des symptômes que l'on peut observer dans le cours de la dyspepsie, nous avons essayé de les grouper suivant les formes cliniques les plus communes que l'on observe.

Nous n'avons plus eu alors qu'à étudier le Diagnostic différentiel de la dyspepsie d'avec la plupart des lésions gastriques qui peuvent présenter avec elle une analogie plus ou moins grande.

Après quoi, la question du Traitement, la plus importante entre toutes, s'est présentée naturellement à nous.

Dans cette étude, nous nous sommes surtout inspiré d'un travail classique des plus récents et des plus estimés : nous voulons parler du Traité de M. le professeur G. Sée. Il n'est pas, à notre connaissance, de guide plus sûr dans l'étude des dyspepsies.

ÉTUDE CLINIQUE

DE

LA DYSPEPSIE GASTRIQUE

HISTORIQUE.

En raison de l'importance des fonctions digestives, leurs troubles ont de tout temps attiré l'attention des praticiens. Hippocrate donne, « sur le régime et sur ses écarts, sur la digestion et sur ses dérangements, des préceptes qui constitueraient encore aujourd'hui un excellent guide du dyspeptique ». Luton, art. *Dyspepsie* du *Dict. de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1878.

L'idée de *coction* s'appliquant aux aliments, celle de *froidueur* de l'estomac à l'atonie de cet organe ; enfin, sinon les termes propres à désigner les diverses formes de la dyspepsie, du moins certaines descriptions que l'on retrouve dans Hippocrate où la tendance au sommeil des dyspeptiques se trouve notée, prouve surabondamment que, comme le dit Luton : « Les troubles fonctionnels de l'estomac ont été parfaitement connus et appréciés dès le premier abord ; ce sont ces données, si peu précises qu'elles soient au point de vue de la physiologie moderne, qui constituent en germe ce que la suite des temps n'a fait que développer peu à peu ».

Après Hippocrate, Celse donne un excellent *Traité du régime dans la faiblesse de l'estomac* ; puis Arétée (de Cappadoce) une *Étude des affections de l'estomac*.

Galien distingue la bradypepsie (digestion lente) de la dyspepsie, degré plus avancé avec altération des aliments (*putrefaciendo concoquit*); enfin l'apepsie est pour lui un défaut complet de digestion.

Ce fut J. de Gorris qui donna au mot dyspepsie son acception propre, c'est-à-dire la signification de digestion dépravée.

Déjà la cardialgie avait été séparée par les Grecs de la dyspepsie; le faisceau constitué par cette dernière fut dissocié, en 1768, par le nosologiste Sauvages, qui décrit autant de maladies qu'il y a de symptômes isolables, tels que l'anorexie, la cardialgie, la gastrodynie, les nausées, les vomissements, etc.

En 1775, Vogel fait entrer définitivement dans le langage médical le nom de dyspepsie, dont il fait le synonyme de bradypepsie, et Cullen, en 1787, décrivant sous ce nom la plupart des troubles dont l'estomac peut être le siège, créa son entité.

Bosquillon, traducteur de Cullen, en admit vingt espèces.

Broussais leur substitua la gastrite.

La nature nerveuse de la dyspepsie fut ensuite défendue par Barras (*Traité des gastralgies et des entéralgies*, 1827), par Dalmas, qui en fait une névrose, et par Andral lui-même dans sa *Clinique médicale*.

Valleix la mentionne à peine, Beau exagère ses conséquences; enfin Chomel (1857) la considère sous son vrai jour. Cet exemple a été suivi en France par Nonat, Guipon (de Laon), Durand-Fardel, Willième (1868); en Angleterre par Habershon, Brinton, Chambers, W. Fox, etc.; en Allemagne par Bamberger et Niemeyer.

Dans ces dernières années domine le point de vue anatomique, et, dès 1853, Handfield Jones décrit l'atrophie des follicules gastriques, la dégénérescence graisseuse de leur épithélium, l'hypertrophie du tissu sous-muqueux, etc., ce qui ramène à l'idée d'une gastrite légère comme point de départ.

Boltentuit, dans sa Thèse (1869), fait jouer un rôle très important à la gastrite chronique.

Enfin viennent l'article de Luton, in *Dict. de Méd. et de Chir. pratiques*, 1872; les travaux de Raymond (Th. d'agrég., 1878), et plus récemment

encore ceux de Leven (1879), Damaschino (1880), Germ. Sée (1881), Audhoui (1883).

DÉFINITION.

« Dyspepsie [*dyspepsia*, de δύς difficilement et πέψις coction, digestion], difficulté de digérer, digestion dépravée ¹. »

« On désigne sous le nom de *dyspepsie* un état pathologique *permanent* des fonctions digestives caractérisé par la lenteur et la difficulté de la digestion, sans lésions anatomiques appréciables. La dyspepsie ne doit donc pas être considérée comme une entité morbide, une maladie particulière; ce n'est qu'un symptôme, une collection de phénomènes morbides, la plupart fonctionnels, de provenances très diverses ². »

Cette définition, que nous empruntons aux auteurs d'un ouvrage classique des plus récents, ne nous paraît pas susceptible de s'appliquer à tous les cas. Outre que, à notre avis, la *difficulté de digérer*, la *digestion dépravée*, de Littré et Robin, n'ont pas besoin d'être permanentes pour constituer la dyspepsie, nous ne croyons pas qu'il soit toujours nécessaire de voir les lésions anatomiques faire défaut. C'est pourquoi, en supprimant dans la définition de MM. Laveran et Teissier les mots *permanent* et *sans lésions anatomiques appréciables*, nous avons de la dyspepsie une assez bonne définition.

Pourquoi en effet vouloir que la dyspepsie soit toujours permanente ? Il faudrait alors faire de l'indigestion quelque chose à part, un trouble distinct que l'on décrirait isolément à côté de la dyspepsie, état chronique par excellence.

Nous ne pensons pas qu'il doive en être ainsi, si nous voulons nous en rapporter à l'analogie ou plutôt à la faible démarcation qui a séparé de tout

¹ Littré et Robin; Dictionn. de Médecine, 1865.

² Laveran et Teissier; Path. et Clin. médicales, tom. II, 1879.

temps l'indigestion, trouble transitoire et passager, de la dyspepsie, trouble permanent et chronique.

Écoutons d'abord Littré et Robin : « Étymologiquement, ce mot « dyspepsie » signifie *toute difficulté de la digestion et indigestion* dans beaucoup d'écrits anglais ». (Art. *Gastralgie*.)

Si, de l'autre côté de la Manche, le même mot désigne à la fois les troubles permanents et les troubles transitoires de la digestion, cela devra déjà suffire pour nous permettre de nous demander si nous ne devrions pas, à l'encontre de MM. Laveran et Teissier, penser que la permanence n'a rien à faire avec la dyspepsie.

Nous serions d'ailleurs en bonne compagnie, car ceux des auteurs français qui se sont le plus récemment occupés de cette question semblent la trancher absolument dans le sens que nous indiquons.

« Les dyspepsies, dit M. le Professeur G. Sée¹, ne sont en définitive et ne peuvent être que des opérations chimiques défectueuses. » Il n'est nullement là question du temps pendant lequel ces troubles doivent se produire.

M. le Dr Audhoui² est peut-être encore plus catégorique lorsqu'il dit : « Le mot *indigestion* — en grec *dyspepsie* — exprime cet état dans lequel les aliments et les boissons, ne subissant pas ou subissant imparfaitement l'action des organes digestifs, représentent des sortes de corps étrangers irritants, toxiques même, si l'on considère les modifications et les fermentations anormales qui surviennent nécessairement au bol alimentaire mal digéré ».

On voit donc que l'indigestion n'est pas si différente de la dyspepsie qu'on veut bien le dire. La question de durée ne saurait en effet établir entre elles d'autre distinction que celle qui résulte des dénominations de dyspepsie aiguë pour l'une, de dyspepsie chronique pour l'autre ; suivant, en outre, qu'il existe ou non une lésion appréciable, on dira que la dyspepsie est symptomatique ou idiopathique.

Il y a donc quatre sortes de dyspepsie : 1° la dyspepsie aiguë ; 2° la

¹ G. Sée ; Des Dyspepsies gastro-intestinales. Paris, 1881.

² V. Audhoui, Maladies de l'estomac. Paris, 1883.

dyspepsie chronique, chacune d'elles pouvant être ou primitive ou consécutive.

Si, comme l'a dit M. G. Sée et comme nous le disions plus haut, « les dyspepsies ne sont en définitive et *ne peuvent être* que des opérations chimiques défectueuses », nous avouerons sans peine que nous ne comprenons pas ce que viennent faire, après une pareille affirmation, la classe des dyspepsies appelées chimiques par le savant Professeur de Paris, et dans lesquelles se trouvent les dyspepsies par défaut absolu ou relatif : 1° de l'acide chlorhydrique ; 2° de la pepsine ; 3° ou bien au contraire par excès de mucus ou de mucine ; 4° enfin par abus de régime (dyspepsie de luxe), et 5° par *dénutrition générale résultant d'un régime insuffisant* (dyspepsie de misère).

Outre que ces diverses dyspepsies chimiques se rapportent à des causes bien différentes, les unes générales, les autres locales, ce qui devrait suffire, à notre sens, pour les séparer cliniquement malgré leur analogie apparente, il en est qui, plus chimiques pour ainsi dire que les autres, sont dues au défaut, les unes de l'acide chlorhydrique, les autres de la pepsine, et se trouvent dans l'impossibilité de donner lieu à un ensemble de symptômes particuliers qui puisse nous permettre d'en établir positivement le diagnostic.

Nous craignons fort que M. le professeur G. Sée ne se soit laissé trop entraîner par les considérations physiologiques qui sont la base de son *Traité des dyspepsies gastro-intestinales*.

Nous n'avons pas l'intention, nous l'avons dit plus haut, d'étudier toutes les dyspepsies dont le tube digestif peut être le siège, et qui sont aussi nombreuses qu'il y a de segments différents ou de glandes diverses dans son trajet.

ÉTIOLOGIE.

Nous nous bornerons à étudier les dyspepsies gastriques et nous les diviserons comme il suit :

- 1° Dyspepsie chimique ;
- 2° Dyspepsie de cause alimentaire ;
- 3° Dyspepsie de cause stomacale ;
- 4° Dyspepsie de cause plus éloignée (réflexe) ;
- 5° Dyspepsie de cause générale.

DYSPEPSIES PUREMENT CHIMIQUES.

Nous ne nous attarderons pas à décrire successivement chacune de ces formes de la dyspepsie gastrique ; qu'il nous suffise de savoir que ce qui fait la base des principes actifs du suc gastrique, c'est, d'une part l'acide chlorhydrique, d'autre part la pepsine, qui, pour transformer les substances albuminoïdes en peptones, nécessite la présence d'une faible proportion d'acide.

Suivant que l'un ou l'autre de ces principes fera défaut, on comprend aisément que le traitement devra différer. Voyons s'il nous est possible de connaître les conditions qui président à la formation de l'une de ces formes plutôt que de l'autre.

« L'acide chlorhydrique peut être en déficit dans les circonstances les plus diverses : en pompant le suc gastrique ou en faisant vomir le malade (ce qui constitue une méthode déplorable), on trouve bien encore le suc gastrique, mais il est moins acide, plus particulièrement dans les *fièvres* et dans les *anémies* ¹. »

Ces faits ne sont pas encore aussi démonstratifs que semblerait l'indiquer

¹ G. Sée ; *loc. cit.*, pag. 16.

le passage précédent, emprunté à M. le professeur G. Sée, car, à propos de la fièvre, il existe des observations contradictoires dues à Manassein et à Uffelmann, relativement à l'action du suc gastrique diminuée pour le premier, susceptible d'être conservée pour le second dans ces circonstances.

Quant aux anémies dans le cours desquelles s'établit la dyspepsie, il faut entendre par là les cachexies, les inanitions, les dénitritions, les anémies par déperditions sanguines, et non les anémies simples, les chloroses, les hypoglobulies.

Tandis que pour Van den Velden la dilatation simple de l'estomac s'accompagnerait rarement d'absence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, le contraire serait la règle dans la dilatation qui accompagne le cancer.

Cette opinion, combattue par Ewald, est également rejetée par M. G. Sée.

Nous ne ferons que signaler en passant les dyspepsies primitives dues tout simplement à un moindre degré d'acidification gastrique, et cela indépendamment de la fièvre, des anémies ou de la dilatation de l'estomac.

Mais, de même que le défaut d'acide chlorhydrique peut produire la dyspepsie, de même on conçoit que le défaut de pepsine puisse donner lieu à un trouble digestif analogue.

Plusieurs cas peuvent se présenter.

Tantôt les digestions sont incomplètes, lentes : les albuminates sont simplement ramollis par l'acide (syntonine). Ces dyspepsies, encore peu étudiées, pourraient l'être davantage si l'on avait le soin d'analyser le contenu stomacal retiré à l'aide d'une pompe.

Tantôt la pepsine ne fait pas défaut, mais il existe des impédimenta au passage de la pepsine concrète ou propepsine à l'état de pepsine soluble, seule active.

Tandis que dans le premier cas l'administration de la pepsine pourra être très utile, dans le second cas on se trouvera habituellement bien de l'emploi des aliments azotés et de l'alcool, en y associant peut-être le chlorure de sodium ou l'acide chlorhydrique dans la glycérine.

Le catarrhe muqueux de l'estomac aboutissant à l'adulération du suc

gastrique par le mucus, est une cause fréquente de dyspepsie. Ces deux termes sont synonymes pour les Allemands.

Il nous importe de ne pas ignorer que « les causes qui produisent l'état muqueux, à savoir : l'abus du vin, de la bière, des féculents, des fruits, d'aliments sucrés ou de graisses, ne contribuent pas peu au développement d'acidités surajoutées qui nuisent à la digestion ; il se forme alors des acides lactique et acétique, des acides gras, et surtout butyrique, qui entravent l'action de la pepsine chlorhydrique ¹. »

DYSPEPSIE DE CAUSE ALIMENTAIRE.

Les ingesta eux-mêmes peuvent, les uns par leur quantité, les autres par leur qualité, devenir cause de dyspepsie. « La fonction digestive est enrayée souvent par des abus de régime, dit M. G. Sée ; dans ce cas, il se développe une quantité considérable de peptones qui gênent l'action ultérieure du suc gastrique. »

Mais si la trop grande quantité d'aliments absorbés peut entraver la digestion, leur qualité joue un rôle au moins aussi important, sinon plus. Chacun sait que telle substance est plus ou moins facile à digérer pour tout estomac ; aussi la voit on souvent produire la dyspepsie transitoire (indigestion) chez les personnes qui accidentellement viennent à l'ingérer, la dyspepsie chronique permanente, chez ceux qui en font un usage fréquent, on pourrait dire journalier.

Ces dyspepsies de cause alimentaire peuvent se traduire de plusieurs façons à l'observation : tantôt c'est le vomissement par indigestion simple, accompagné ou non de diarrhée ; tantôt c'est un allanguissement du tube digestif et de l'économie tout entière ; tantôt enfin ce sont des manifestations cutanées ou générales, telles que l'urticaire produit par l'ingestion de substances particulières, habituellement les mêmes pour le même sujet (fraises, etc., etc.).

Ne sait-on pas aussi que tel aliment indigeste est supporté par tel estomac

¹ G. Sée ; *loc. cit.*, pag. 53.

qui sera au contraire incapable de digérer une substance habituellement plus facile à digérer ? L'hystérie nous en donne souvent la preuve.

Enfin la lèpre, dont les ichthyophages auraient le triste privilège, et la pellagre, considérée à tort comme le produit de l'ingestion d'un mucus altéré, doivent être regardées comme les produits ultimes d'une dyspepsie alimentaire invétérée.

C'est surtout l'alimentation exagérée qui est susceptible de déterminer ces sortes de dyspepsies.

Les repas trop copieux ont en effet pour résultat d'encombrer l'estomac d'un excès de peptones que la pepsine ne peut pas, en raison de leur abondance, transformer complètement en peptones solubles et parfaitement assimilables.

Il en est de même des repas trop rapprochés, ayant pour effet de maintenir en quelque sorte d'une manière constante la présence des peptones dans l'estomac, au point que, au moment d'une digestion nouvelle, le ventricule gastrique contient encore les peptones d'une digestion antérieure.

D'après M. G. Sée, « le régime a moins d'influence que la quantité d'aliments sur la production de la dyspepsie alimentaire ».

Il est difficile toutefois de renoncer d'une manière absolue à l'existence de ces idiosyncrasies, ou, si l'on préfère, de ces susceptibilités individuelles qui font que telle substance est toujours cause d'indigestion chez une même personne, alors qu'elle est de digestion facile pour le plus grand nombre, ainsi qu'à l'influence nocive de certaines substances dont la nature indigeste a été de tout temps reconnue par les médecins. Nous résumerons cette idée en disant qu'il est des substances qu'aucun estomac ne peut digérer facilement, tandis qu'il en est d'autres qui ne sont indigestes que pour quelques-uns.

Il faut également tenir compte du mode de préparations des aliments.

Voici une observation qui semble le démontrer.

PREMIÈRE OBSERVATION.

M. X..., garde champêtre, entre à l'hôpital Saint-Éloi le 10 mai 1883 ; il est couché au n° 5 de la salle Saint-Vincent, service de la clinique médicale, professeur M. Combal.

Le malade raconte que depuis deux ans il a des troubles gastriques, surtout constitués par de la douleur, aussitôt après les repas, à la région épigastrique, et parfois des vomissements.

Il se plaint, en outre, de céphalalgie et de vertiges par moment plus intenses que dans d'autres.

Le tout remonte à deux ans d'existence environ.

Examen. — L'aspect du malade frappe par l'émaciation extrême qu'il présente, par son intelligence bien au-dessous de la moyenne, et par le défaut de précision des réponses qu'il donne.

Pas de raisons toutefois pour songer à une altération, même fonctionnelle, de l'encéphale, soit antérieurement, soit au moment présent.

Rien du côté du thorax.

Seul l'abdomen présente à noter une dilatation assez considérable de l'estomac, caractérisée par une voussure de la région épigastrique avec météorisme à ce niveau. Pas de tumeur pylorique appréciable.

Ni hémorroïdes ni lésion thoracique, même antérieure.

Le malade, célibataire, avoue des excès d'onanisme auxquels il s'est livré jusqu'à l'âge de 25 ans. — Pas d'habitudes alcooliques, pas de syphilis, mais une hygiène déplorable.

Ce malade, isolé et sans famille, est obligé depuis longtemps de se préparer lui-même sa nourriture. Il avoue que, tout en ayant recours à des aliments de bonne qualité, il lui était cependant impossible d'apporter à leur préparation tout le soin nécessaire. Aussi allait-il *au plus court*, comme il le dit lui-même, et mangeait tantôt trop, tantôt pas assez assaisonné, mal cuit, etc., etc. Il avait même une prédilection marquée pour les mets fortement épicés. Il usait beaucoup de salade et de vinaigre.

Sous l'influence de l'onanisme, cause débilitante par excellence, est venue s'en ajouter une seconde résultant de l'alimentation défectueuse à laquelle le malade était soumis. Il cherchait par des moyens excitants, et le vinaigre en particulier, à stimuler son estomac défaillant ; le résultat était atteint. Mais, d'une part, l'anémie profonde qui résultait des deux causes sus-mentionnées, et, de l'autre, la nourriture

mauvaise (comme préparation) qui était celle du malade, rendent parfaitement compte de l'atonie générale de tous ces systèmes.

Fonctions intellectuelles peu développées, excitabilité générale, insomnie, céphalalgie, vertiges ; en un mot, tout l'ensemble des symptômes liés à l'anémie cérébrale.

Ce malade est soumis exclusivement au régime lacté ; il commence par deux litres et augmente progressivement jusqu'à cinq par jour.

En raison de la dilatation de l'estomac, on lui propose le lavage de l'estomac, mais on ne peut y parvenir, en raison de l'impossibilité où se trouve le malade d'avaler la sonde.

16 mai. On lui prescrit des douches écossaises.

17. Un demi-verre d'eau de Vals. Il ne vomit pas depuis son entrée à l'hôpital, ce qui paraît devoir être mis sous l'influence du régime lacté.

20. Il se plaint d'une constipation assez forte, pour laquelle on lui donne un lavement simple. Ce jour-là, on l'alimente un peu.

Depuis son entrée, le malade accuse une douleur de l'épaule droite qui paraît être aussi ancienne que sa dyspepsie. Elle est exagérée par les mouvements et paraît de nature musculaire, et probablement secondaire à la dyspepsie elle-même.

25. On examine les urines au point de vue de la spermatorrhée. Rien de particulier à cet égard.

31. On note un peu d'hypertrophie du ventricule gauche avec contractions assez énergiques du cœur. — On lui donne 1 gram. de bromure de sodium.

Dans le courant de juin, le malade ne se plaint que de la constipation, pour laquelle on lui donne, tout les huit jours environ, un purgatif approprié (Hunyadi jános, eau de Sedlitz, lavement glycéринé, 2 pilules d'Anderson, etc.).

Le malade sort de l'hôpital, digérant beaucoup mieux que lorsqu'il est entré. Les phénomènes nerveux sont aussi moins marqués. Les vertiges et la céphalalgie font complètement défaut.

L'inanition joue aussi un très grand rôle dans la production des dyspepsies. La fièvre, tous les vices de régime, n'agissent pas autrement que l'alimentation insuffisante. Le régime uniforme agit lui-même doublement dans ce sens : 1° par l'atonie des muscles digestifs qui en résulte ; 2° par insuffisance nutritive.

Le mode d'action de l'inanition n'est pas facile à expliquer, si surtout l'on veut bien se rappeler que, tandis que pour Spallanzani et Braune la sécrétion gastrique serait continue, pour d'autres au contraire elle serait

intermittente, comme l'alimentation elle-même. Cette sécrétion cesserait d'être acide, d'après Heidenhain, quand la digestion est terminée ; cette acidité réapparaîtrait même dans l'abstinence prolongée.

Enfin, d'après Schiff, la formation de cette pepsine ne serait pas continue ; elle dépendrait surtout de l'apport aux glandes de substances peptogènes, telles que le bouillon, la dextrine, la gélatine, que celles-ci soient introduites par la voie stomacale ou au contraire par la voie rectale.

Dick et Goldstein objectent que l'inanition n'a aucune influence sur le pouvoir digestif de l'estomac, ce que Schiff explique par l'auto-digestion de l'estomac lui-même.

Une autre objection sérieuse faite aux idées de Schiff, c'est que la formation des peptones n'augmente pas sous l'influence des peptonigènes.

L'erreur de Schiff vient de ce qu'il n'a tenu compte, dans ses expériences, que de la pepsine dissoute.

DYSPEPSIE DE CAUSE GASTRIQUE.

Nous ne dirons rien des dyspepsies nervo-sécrétoires ; parce que, en supposant qu'elles puissent exister indépendamment de toute lésion de l'estomac, c'est-à-dire d'une façon idiopathique ou primitive, elle ne sont pas reconnaissables en clinique, comme l'avoue d'ailleurs M. G. Sée, qui les a récemment décrites au point de vue surtout de leur physiologie pathologique.

« Il manque toujours, dit-il, la preuve des nerfs sécréteurs, l'électrisation elle-même des nerfs vagues ou des splanchniques ne détermine aucune sécrétion. »

Mais si l'influence exercée par les nerfs sécréteurs n'est pas très-évidente, il en est autrement quand il s'agit de celle des nerfs vaso-moteurs de l'organe, lesquels favorisent ou entravent, suivant leur état, l'afflux du sang vers la muqueuse. C'est dans ce sens qu'agissent les impressions normales.

Si toutes ces causes agissent avec une efficacité plus ou moins grande, soit pour activer la digestion, soit pour la diminuer, ce n'est jamais qu'en rendant l'afflux sanguin plus ou moins abondant vers la muqueuse gastrique. Aussi est-il facile de concevoir le rôle prépondérant du sang lui-même, qui peut agir sur les sécrétions de l'estomac, non pas seulement par sa quantité plus ou moins considérable dans les diverses circonstances que nous venons d'étudier, mais encore par sa qualité dans les divers états pathologiques susceptibles d'en modifier la composition. Nous ne ferons que signaler en passant les cardiaques, les asthmatiques, les phisiques, chez lesquels des causes multiples sont de nature à rendre les fonctions de l'estomac anormales.

Nous aurions même désiré voir décrite, au point de vue étiologique, une forme de dyspepsie dite cardiaque.

Cette dernière nous paraît constituer d'autant mieux un type clinique distinct que, à la stase vasculaire gastrique consécutive à la lésion cardiaque, dans ces cas vient s'ajouter le foie cardiaque et la compression de l'estomac, cause nouvelle de dyspepsie. Nous en rapportons d'ailleurs un exemple.

OBSERVATION II.

B... Noël, 70 ans, commissionnaire, entre à l'hôpital Saint-Éloi le 25 juillet 1883, service de la clinique médicale, professeur M. Dupré.

Il est couché au n° 33 de la salle Saint-Lazare. Il se plaint d'une fatigue générale, d'anorexie et de douleurs de l'estomac, surtout après le repas ; l'examen de la région épigastrique fait constater l'existence d'une dilatation gastrique avec météorisme.

Le foie augmente de volume et, abaissé, dépasse les fausses côtes ; il est douloureux à la palpation.

L'examen du thorax révèle l'existence d'un emphysème généralisé, sans râles spéciaux. Ce malade dit avoir eu des bronchites fréquentes.

La région précordiale est mate à la percussion. Les bruits du cœur sont sourds et profonds. Il n'y a pas cependant de liquide dans le péricarde. On conclut à l'existence d'un cœur graisseux. Comme antécédents : rhumatisme il y a trois ans. Né d'un père apoplectique et d'une mère tuberculeuse.

B... n'a jamais eu de syphilis, n'a jamais fait d'excès alcooliques. Il existe toutefois à la radiale un peu d'athérome dont l'âge rend suffisamment compte.

Ce malade se lève depuis quelque temps trois ou quatre fois la nuit pour uriner. Probablement néphrite interstitielle par artério-sclérose rénale.

Ce malade, traité par l'infusion de digitale à la dose de 80 centigr. de feuilles pour 150 gram. de véhicule, et par l'eau de Seltz au repas, se trouve déjà bien mieux qu'au moment de son entrée dans les salles.

DYSPEPSIES DE CAUSE ÉLOIGNÉE (RÉFLEXE).

La question sécrétoire de l'estomac est indépendante des nerfs vagues (Magendie, Cl. Bernard; Schiff); si l'intervention des ganglions intrinsèques eux-mêmes n'est pas démontrée (Budge, Schiff et Eckard), à plus forte raison en est-il de même de l'action réflexe (G. Sée).

Nous ne nous arrêterons pas sur les dyspepsies survenues par anesthésie et hyperesthésie : outre que leur existence est problématique, il serait impossible de les reconnaître cliniquement, et, par suite, elles sont de nul intérêt au point de vue où nous nous sommes placé.

Les dyspepsies motrices sont beaucoup plus intéressantes à étudier et à connaître que celles qui tiennent ou peuvent tenir à un trouble de la sensibilité. Qu'il s'agisse en effet d'une exagération ou au contraire d'une diminution de la motricité des parois stomacales, il en résulte un trouble de la digestion caractérisé, dans le premier cas, par le vomissement si le pylore remplit bien ses fonctions, c'est-à-dire reste suffisant, ou bien par le passage trop rapide des aliments dans l'intestin s'il existe une insuffisance pylorique.

Dans le second cas, c'est-à-dire quand la motricité pêche par affaiblissement ou par défaut, outre que la dilatation de l'organe par les gaz est ainsi rendue plus facile, les aliments ne sont plus brassés dans le ventricule gastrique, comme ils le sont à l'état normal, et leur contact est ainsi moins intime avec les sécrétions stomacales. En outre, dans l'intervalle des digestions, il peut y avoir des résidus laissés par les digestions précédentes. Ces résidus sont formés par des matières alimentaires à moitié digérées,

ou même ayant subi un certain degré de putréfaction, et dont la présence suffit à elle seule pour faire naître ou entretenir un état plus ou moins marqué d'irritation ou même d'inflammation de la muqueuse.

Nous devons enfin, pour être complet, mentionner les lésions (ramollissement) qui se produisent du côté de l'estomac à la suite des altérations du cerveau (Kammerer, Andral, Rokitansky, Schiff), de la moelle (Vulpian), du plexus cardiaque (G. Sée) ; enfin les dyspepsies improprement appelées réflexes, telles que celles qui se lient à l'existence de calculs biliaires, de néphrite calculeuse, de cystite chronique, de troubles utéro-ovariens ou même intestinaux. Toutes ces causes agissant mécaniquement ou en adulant le sang par la présence de principes pathologiques ou anormaux, les dyspepsies qu'elles déterminent sont d'un autre ordre que celui que semble impliquer la qualification de réflexes qu'on leur donne; elles ne sont pas, à proprement parler, des dyspepsies réflexes.

DYSPEPSIES DE CAUSE GÉNÉRALE.

Il est beaucoup d'autres dyspepsies dont l'origine diffère des précédentes en ce qu'elle est constitutionnelle ou générale.

Les diverses altérations chimiques du suc gastrique qui constituent la dyspepsie, peuvent se développer sans cause appréciable ou par l'intervention de causes qu'on pourrait appeler gastriques, telles que les excès de régime, l'alimentation insuffisante, le catarrhe muqueux de l'estomac; les résultats seront toujours les mêmes et se traduiront par un vice de sécrétion ou par une altération du liquide sécrété.

L'anémie est une des causes générales les plus communes de celles qui peuvent produire la dyspepsie ; si en effet une lésion gastrique ne permet pas aux glandes de cet organe de sécréter un suc normal, il doit en être de même toutes les fois que, les glandes étant restées saines, l'apport sanguin est insuffisant ou défectueux.

Il nous a été donné d'observer deux cas dont l'histoire nous éclairera beaucoup plus que n'importe quelle considération théorique.

OBSERVATION III.

Marie C..., âgée de 27 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, entre à l'hôpital Saint-Éloi le 27 novembre 1882 et est couchée au n° 21 de la salle Sainte-Marie, service de la Clinique médicale.

Du côté paternel, cette malade signale des attaques de paralysie, glandes au cou dans l'enfance ; à 15 ans, croûtes à la tête à la suite d'une frayeur ; elle a été fort maltraitée jusqu'à ce jour par sa belle-mère.

Jamais de syphilis. Menstruation très douloureuse au début, établie chez elle depuis l'âge de 14 ans. A 17 ans, fièvre typhoïde à la suite de laquelle il lui est resté une *aideur* (contracture) à la jambe gauche, avec trépidation épileptoïde du pied et exagération des réflexes tendineux.

Mariée à 19 ans (1876), elle éprouva quelques jours après une douleur au côté gauche, qui fut suivie de vomissements pendant quarante-huit heures et de hoquets pendant vingt et un jours. En même temps, douleur dorsale et céphalalgie interne. A cette époque, attaque indéterminée qui dura sept heures. Dans le cours de cette maladie, délire parfois furieux. — Sangsues à l'épigastre, vésicatoires, bains, firent la base du traitement. Cette maladie dura un mois. Elle ne tarda pas à devenir enceinte, car en 1876 elle accoucha, ayant pendant sa grossesse continué à être menstruée avec douleur. Après un allaitement de seize mois, elle fut très fatiguée. Leucorrhée abondante, douleurs vives à l'épigastre et à la région dorsale. Nouvelles attaques pendant l'allaitement.

Nouvelle grossesse, il y a trois ans et demi. Accouchement laborieux, à l'inverse du précédent. La menstruation n'est revenue qu'au bout de neuf mois.

Par suite de l'allaitement, de chagrins, de privations nombreuses, la malade se trouva considérablement fatiguée, et pendant cinquante-deux jours de séjour au lit elle vécut de bouillon et de jus de viande, vomissant souvent, et ayant des syncopes fréquentes ; quand elle voulut marcher, elle dut se servir d'un bâton. Il en est résulté un épuisement, des vomissements, et une céphalalgie interne.

La malade raconte qu'elle a eu une lésion utérine qui a déjà nécessité quatre cautérisations.

Depuis cinq mois, deux attaques à l'époque des règles, douleurs vives au creux épigastrique, au sein droit et sur le côté droit du thorax, vomissements fréquents et bilieux, douleurs dorsale et de l'épaule.

Depuis quatre mois, douleurs abdominales sourdes, menstruation chaque trois semaines, leucorrhée abondante.

Entrée à l'hôpital. A la suite des examens : attaque et fièvre qui dure quinze jours,

vomissements bilieux, anesthésie du bras droit. Elle contracte une variole à la suite de laquelle elle ne peut pas marcher, à cause du tremblement des deux jambes, qui présentent aussi l'exagération des réflexes tendineux et des contractures.

Le col de l'utérus est hypertrophié; il existe une ulcération sur la lèvre postérieure du col. Antéflexion utérine avec latéro-version droite, brides à gauche dans l'épaisseur du ligament large, allant de l'utérus à la fosse iliaque interne. De temps en temps, quelques attaques hystériques.

Ce qui frappe chez cette malade, c'est l'état d'anémie extrême dans lequel elle est plongée; c'est, en même temps que la pâleur excessive de ses téguments, une sorte de bouffissure de la face analogue à celle qu'on observe chez les albuminuriques. L'examen des urines ne démontre pas la présence de la moindre quantité d'albumine.

En outre, la région épigastrique présente à noter : une tuméfaction générale avec résistance particulière opposée à la main de l'explorateur.

La percussion donne lieu à de la matité assez étendue à ce niveau, et l'on n'a pas de peine, en raison de la surface libre de cette tuméfaction, en raison de sa forme et même de son siège et de la direction suivant laquelle elle se prolonge à droite, on n'a pas de peine, disons-nous, à reconnaître la présence du foie augmenté de volume.

Il est même digne de remarque que la main, appliquée sur cet organe, est soulevée, à chaque systole cardiaque, sur tous les points à la fois. On reconnaît là l'existence de ce signe décrit sous le nom de pulsations hépatiques, et qui, suivant qu'il existe ou non une insuffisance tricuspidiennne, est synchrone de la systole ventriculaire, ou au contraire de la systole auriculaire. Dans le premier cas, il coïncide avec le pouls artériel, qu'il précède dans le second.

Nous nous empresserons toutefois d'ajouter que ces symptômes étaient plus accusés à certains moments qu'à certains autres; ils présentaient des phases paroxystiques qui coïncidaient assez fréquemment avec le moment de la digestion, qui pouvaient exister sans elle, qu'il y eût ou non vomissements concomitants.

Rien du côté du poumon. Le cœur, légèrement hypertrophié en raison des troubles circulatoires dont il était le siège, faisait entendre des bruits assez nettement claqués partout, sauf au moment des paroxysmes, où l'on croyait percevoir un souffle d'une insuffisance tricuspidiennne au niveau de l'appendice xyphoïde.

Malgré cette paraplégie ou plutôt cette impotence fonctionnelle des membres inférieurs qui présentaient les caractères du tabes dorsal spasmodique, malgré ces troubles digestifs et circulatoires et cette lésion utérine, la malade est sortie guérie de l'hôpital.

Nous n'insisterons pas sur les divers moyens employés pour atteindre ce résultat.

Nous dirons seulement que, l'hydrothérapie (douches, drap mouillé) s'adressant à l'état général du système nerveux, que, le fer combattant l'anémie, l'administration des eupeptiques (pepsine, laudanum, etc.), ont contribué à cette guérison. Le lavage, le gavage même de l'estomac, ont été pratiqués ; ce qui nous intéresse surtout ici, c'est l'influence pathogénique des conditions générales de vie de cette malade sur la production de la dyspepsie qu'on constatait chez elle dès son entrée à l'hôpital. Sans nier l'influence de l'état nerveux, nous attacherons une importance plus grande à l'anémie et à la privation de nourriture.

L'anémie résultait en effet des pertes abondantes qui s'étaient continuées pendant la grossesse et même pendant l'allaitement ; elle résultait des deux allaitements consécutifs, comme semblent suffisamment le démontrer les accidents nerveux à la fin de chacun d'eux. L'hydrothérapie et le fer devaient donc faire merveille ; mais avant que celui-ci pût être absorbé, il fallait d'abord soutenir les forces et alimenter la malade. C'est pour ce motif qu'on a eu recours au gavage et aux ferments digestifs artificiels (pepsine. 50 centigram., matin et soir, au moment du repas ; ce n'a pas été sans difficulté même qu'on est parvenu à lui faire supporter les aliments ; mais le jour où ce résultat a été atteint, l'amélioration locale et générale a été sans cesse progressant, elle est venue en quelque sorte couronner l'œuvre commencée par l'emploi des ferments digestifs artificiels.

CONCLUSION. — Cette dyspepsie, liée pour nous à un état d'anémie générale et profonde, qui rendait la sécrétion du suc gastrique défectueuse, a disparu sous la double influence :

1^o De digestions qu'on pourrait appeler artificielles, qui ont permis à l'assimilation de se réveiller.

2^o De l'emploi du fer, dont l'administration serait sans cela restée inefficace.

OBSERVATION IV.

Maria D....., 21 ans, couturière, entrée à l'hôpital Saint-Éloi le 21 juin 1883, pour des attaques hystéro-épileptiques dont elle est atteinte depuis neuf ans, est couchée au n^o 2 de la salle Sainte-Marie, service de la clinique médicale, professeur M. Dupré: Les attaques sont survenues à l'occasion d'une frayeur, quelques mois avant sa première menstruation

Elle présente une ulcération du col de l'utérus étendue à toute la surface de cet organe.

Elle se plaint en outre, bien que ses digestions soient faciles, son appétit excel-

lent et ses selles régulières, d'un météorisme abdominal avec dilatation de l'estomac, aussitôt après l'ingestion des aliments.

Celle-ci est accompagnée de faim incessante et que la malade chercherait volontier à satisfaire, n'était le météorisme excessif qui suit ses repas.

Alors aussi surviennent de la dyspnée et des palpitations du cœur. Ce dernier symptôme, moins important que le précédent en raison de sa persistance, existe depuis longtemps chez cette malade.

La leucorrhée, assez abondante chez elle, existait même avant la menstruation.

Née d'un père rhumatisant et d'une mère anémique et atteinte de leucorrhée, Maria n'a eu qu'une sœur morte du croup et un frère qui a succombé à l'âge de deux ans de maladie inconnue.

Quant à elle, elle a présenté depuis son enfance jusqu'à l'âge de 18 ans des croûtes à la tête ; elle a eu à deux reprises, à 9 ans et à 11 ans, une *fluxion de poitrine*, à 15 ans la rougeole, à 16 ans la variole, dans l'enfance des écouelles qui ont laissé des traces de scrofule ganglionnaire du cou.

Enfin, à 19 ans, elle a rendu une partie de tænia.

De tout ce qui précède, il résulte que, à la scrofule de l'enfance, a succédé chez Maria une anémie avec palpitations cardiaques et un état de surexcitation nerveux, lésion propre à faire éclater, au moment de la puberté, les accidents hystéro-épileptiques qu'elle présente encore, mais rarement aujourd'hui.

Sous l'influence des cautérisations utérines, de l'administration du fer (pilules de Blaud), la malade n'a eu, dans l'espace d'un mois, qu'une attaque hystérique, et encore s'est elle produite à l'occasion de la menstruation, tandis qu'auparavant elle en avait tous les huit jours. Seuls, les phénomènes digestifs qui peuvent être mis sur le compte de l'anémie et du défaut de sécrétion et de tonicité gastriques, phénomènes qu'elles n'a accusés que dans ces derniers jours, ainsi que la faim insatiable, (forme presque boulimique dont elle est tourmentée), continuent à persister.

Cette dyspepsie, peu accentuée d'ailleurs mais survenant dans les conditions générales précédemment exposées, nous paraît de nature à démontrer l'influence des causes générales, diathésiques ou non, sur son développement.

C'est à ce titre que nous sommes heureux d'avoir pu donner l'observation ci-dessus.

« D'autres conditions plus générales favorisent ou même déterminent la production de la dyspepsie, qui reste, comme toujours, une opération chimique défectueuse. Ce sont : 1° la goutte ou uricémie, accumulation

d'acide urique dans le sang ; 2° l'urémie ou excès d'urée dans le sang ; 3° le diabète ou glycémie ; 4° l'alcoolisme ; 5° la tuberculose. *On a signalé encore d'autres influences, telles que le rhumatisme, l'herpétisme, le nicotisme, et même la syphilis ; questions à discuter et faciles à résoudre dans le sens négatif.*»

Mais, pour M. G. Sée, les *organes digestifs* sont frappés par la goutte, par divers procédés. Pour le même auteur, l'uricémie n'est pas due à un régime riche en azote ; en outre, « si l'on injecte, comme l'ont fait Frerichs et Vöhler, de l'acide urique dans les veines d'un chien, cet acide se transforme bien en urée, mais l'animal continue néanmoins à éliminer la quantité normale d'acide urique ; la fonction uricémique s'accomplit d'une manière imperturbable ; rien ne saurait la modifier, même chez le goutteux, qui a pris trop de substances azotées ; il y a donc d'autres conditions pour la formation de la goutte ».

Quant à l'uricémie de cause rénale, elle est très sévèrement jugée par M. G. Sée, qui dit à son sujet : « L'hypothèse de l'uricémie par rétention ne saurait se soutenir ». Pour lui, le régime le plus nuisible n'est pas celui qu'on accuse habituellement, c'est-à-dire le régime azoté, mais celui qui comprend et les principes azotés et une grande quantité de graisse, de gélatine ou de sucre ». L'ingestion des matières protéiques entraîne une absorption plus considérable d'oxygène qui les transforme en urée ; mais, dans le cas précédent, l'oxygène se porte sur les hydrocarbonés, et la combustion incomplète des substances protéiques aboutit et s'arrête à la formation de l'acide urique en excès au lieu d'arriver au produit ultime de leur oxydation, qui est l'urée.

Watson a nié l'existence de la goutte de l'estomac. M. Sée formule ainsi ses conclusions à cet égard : « Il existe une pseudodyspepsie antigoutteuse ». Todd en fait dériver la goutte. Cet état, décrit en Allemagne sous le nom de pléthore veineuse abdominale, présente aussi complet que possible le tableau de la forme que nous décrivons, avec Trousseau, sous le nom de dyspepsie flatulente.

M. G. Sée admet en outre, dans la goutte, une sorte de dyspepsie qu'il appelle *dyspepsie aiguë catarrhale paroxystique*, et qui serait mieux dé-

nommée *dyspepsie muqueuse de cause vulgaire* survenant chez les gouteux à l'occasion des causes simples, au nombre desquelles doit figurer surtout l'excès d'alimentation, qui est assez habituel chez les malades de cette catégorie.

Le même auteur décrit ensuite une *dyspepsie uricémique* et vraie qui serait due à l'élimination, par l'estomac, de l'acide urique en excès. Il y a souvent, dans ces cas, une véritable *cardialgie urémique*.

Vient ensuite l'*urémie*, comme cause de dyspepsie. Dans cet état, on observe, tantôt le vomissement pur et simple, tantôt la dyspepsie par élimination gastrique de l'urée, enfin la gastro-entérite urémique.

Le *diabète* a aussi ses dyspepsies ; nous ne parlerons pas des dyspepsies hépatiques (Seegen) pas plus que des dyspepsies pancréatiques (Lancereaux, Baumel) ; nous insisterons davantage, comme ayant plus directement trait au sujet dont nous nous occupons, sur les dyspepsies gastriques (Pick et Heidenhain), ou simultanées avec la maladie et survenant dans son cours, surtout par indigestion, étant donnée la voracité habituelle du malade.

L'*alcoolisme* est souvent cause de dyspepsie, soit que celle-ci se rattache à l'existence d'une gastrite, soit que le processus pathologique, au lieu de s'arrêter là, ait déterminé l'ulcération de la muqueuse.

Les *fumeurs* ont la dyspepsie que leur donne la nicotine dont ils s'imprègnent plus ou moins abondamment.

Enfin, dans la *tuberculose*, on observe communément des phénomènes dyspeptiques ; ce sont d'abord des vomissements accompagnant la toux, ensuite une dyspepsie grave, parfois fébrile, se produisant au début de la maladie, tantôt enfin une dyspepsie d'inanition ou d'inflammation se produisant dans le cours ou à la fin de la maladie tuberculeuse.

Nous sommes loin de partager l'opinion de M. Sée lorsqu'il repousse la dyspepsie rhumatismale et la dyspepsie herpétique, sous prétexte que la métastase doit être alors invoquée et qu'elle n'existe pas, sous prétexte que la *diathèse rhumatismale* ne frappe que les tissus séreux ou fibro-musculaires, et que personne jusqu'à ce jour n'a vu d'eczéma ni de psoriasis siégeant sur la muqueuse stomacale.

Voici la réponse toute faite à cette manière de voir ; nous la trouvons dans le *Traité de pathologie générale* du professeur Jaumes :

« Ceux qui nient les métastases méconnaissent les cas où la rétrocession, première en date par rapport au travail morbide interne, est cause et non effet de ce dernier.

» Je conçois qu'on ait de la répugnance à admettre cette possibilité quand on ne croit pas aux besoins morbides et au danger de la suppression intempestive des actes destinés à leur donner satisfaction. *Besoin morbide, métastase*, sont deux idées corrélatives ; sans la première, la seconde n'est pas intelligible. Je renvoie à l'observation ceux qui nient l'existence des besoins morbides. Ils commettent une faute grave qui a des conséquences nombreuses en doctrine médicale et en pratique. »

Nous croirions être incomplet si, au sujet de la dyspepsie gastrique, nous ne mentionnions la cause fréquemment *dentaire* de ces dyspepsies, qui font penser d'abord à des altérations locales, ensuite à des influences diathésiques chez des malades dont les dents seules sont en cause par leur absence.

Ces cas, fort nombreux et sur lesquels les auteurs classiques les plus récents et les plus recommandables gardent un silence absolu, méritent, à notre avis, d'attirer l'attention du praticien. Ils n'ont pas échappé en effet aux remarques de Trousseau, et l'auteur de l'article *Dyspepsie* du *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* attire sur elles particulièrement l'attention.

Dans ces sortes de dyspepsie, les aliments incomplètement élaborés par la mastication et simplement divisés, pénètrent dans l'estomac à la façon des corps étrangers, et leur surface seule est attaquée par les sucs digestifs. Il en résulte une nutrition imparfaite malgré la quantité d'aliments ingérés, et, par suite, tout le cortège des symptômes que nous allons décrire bientôt.

Or, que faut-il faire dans ces cas ? Il s'agit tout simplement d'envoyer le malade chez le dentiste pour se faire placer les dents qui lui manquent. La dyspepsie et ses fâcheuses conséquences disparaissent alors simultanément.

SYMPTOMATOLOGIE.

Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de donner de la dyspepsie un tableau clinique uniforme, étant données les nombreuses variétés que peuvent affecter les dyspepsies même purement gastriques, que celles-ci soient la conséquence d'une altération de l'estomac ou au contraire de la manifestation, en ce point, d'une cause générale diathésique (goutte, rhumatisme, herpétisme. etc., etc.).

Nous allons toutefois énumérer en quelque sorte successivement, plutôt que de les grouper suivant un ordre préétabli, les symptômes aussi nombreux que variés qui peuvent naître sous l'influence de la dyspepsie.

Au premier rang figurent les *vomissements* et surtout les vomissements de matières fermentées contenant des acides spéciaux ou des acides normaux en excès (G. Sée).

L'étude des gaz contenus dans le tube digestif n'est pas sans importance. Comme c'est là toutefois affaire de chimiste bien plus que de médecin, nous nous contenterons de dire que l'oxygène, l'acide carbonique, l'azote, l'hydrogène, le gaz des marais, qu'on y rencontre à l'état normal, peuvent, dans certains cas pathologiques, prendre un développement tel que le météorisme plus ou moins généralisé peut en être la conséquence. Nous n'avons à nous occuper ici que du météorisme stomacal, qu'il naisse sur place ou qu'il résulte d'une dyspepsie primitivement intestinale.

Le volume et la tension moyenne des gaz gastro-intestinaux varient peu dans les vingt-quatre heures, sous l'influence de :

- 1° La résorption ;
- 2° Les contractions intestinales ;
- 3° Les contractions des muscles de l'abdomen et du diaphragme.

Le météorisme de l'estomac, est-il besoin de le dire, est le résultat d'une distension de l'organe par les gaz qui se trouvent contenus dans sa cavité. Cette distension peut se produire dans deux circonstances bien différentes

l'une de l'autre. Et d'abord, l'accumulation excessive des gaz peut triompher de la résistance à la distension que présentent, à l'état normal, les parois stomacales. En outre, la paroi stomacale altérée peut se laisser distendre par les gaz normaux qui se forment dans le ventricule gastrique au moment de la digestion.

Dans le premier cas, l'accumulation des gaz peut tenir à une formation antochtone et gastrique anormale de ces derniers ; elle peut également être le résultat du refoulement dans l'estomac de gaz intestinaux qu'un obstacle situé sur la partie tout à fait inférieure du tube digestif empêche d'être expulsés au dehors au fur et à mesure de leur formation (hémorroïdes, etc.).

Quoi qu'il en soit et quel que soit le mode de production du météorisme stomacal, on reconnaîtra son existence par le tympanisme siégeant au niveau de l'organe et affectant sa forme (cornemuse), dont les dimensions sont seulement exagérées dans tous les sens.

Une exception toutefois doit être faite en faveur du cas dans lequel le météorisme stomacal dépend du refoulement dans le ventricule de gaz venus de l'intestin. Le tympanisme du premier organe se confond dans ces cas avec celui du second, c'est-à-dire qu'il s'étend à la plus grande partie de l'abdomen, et cela avec une facilité d'autant plus grande que l'obstacle qui s'oppose à l'expulsion des gaz occupe un siège plus inférieur par rapport au trajet du tube digestif (hémorroïdes par exemple).

Une des premières conséquences du tympanisme gastro-intestinal et même simplement gastrique est, par suite du refoulement des organes voisins et du diaphragme en particulier, une dyspnée plus ou moins intense, plus ou moins pénible, s'accompagnant ou non de palpitations cardiaques ou même d'intermittences. La gêne circulatoire rend aussi bien compte des troubles transitoires nerveux survenus du côté du cœur, que la gêne de l'hématose explique la dyspnée signalée dans le plus grand nombre des cas.

Un symptôme important de dyspepsie est ce que les Allemands désignent sous le nom de *bradypepsie* ou ralentissement de la digestion, qui, en ce qui concerne l'estomac, ne peut être causé que par la faiblesse des contractions

stomacales ou par un rétrécissement spasmodique du pylore, s'il peut en exister. La contractilité exagérée de l'estomac et l'insuffisance pylorique au contraire, si bien étudiées par Londe depuis longtemps et plus récemment par Ebstein (de Göttingen), donnent lieu à la bradypepsie intestinale, dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

A l'inverse de ce qui a lieu pour la dyspepsie intestinale, la qualité ou plutôt la composition des évacuations alvines dans le cours d'une dyspepsie gastrique ne sera que de médiocre importance. Ce qui sera beaucoup plus important dans ces cas, ce sera bien plutôt l'état liquide ou solide des évacuations, ainsi que leur abondance.

« La dyspepsie, d'après M. G. Sée, peut s'accompagner de diarrhée, de fausse diarrhée, ou de constipation ; chacun de ces symptômes a une signification distincte. »

M. Sée admet quatre sortes de diarrhées dyspeptiques ; ce sont : 1° la *diarrhée lientérique* (où les aliments passent absolument intacts) ; 2° la *diarrhée par excès de motricité* ; 3° la *diarrhée vaso-motrice paralytique* ; 4° enfin la *diarrhée muqueuse*, que M. Vulpian rapporte à une hypersécrétion inflammatoire avec production de mucus.

La fausse diarrhée résulte le plus souvent de l'hypersécrétion de la muqueuse intestinale irritée pendant un temps plus ou moins long par la présence de matières fécales plus ou moins dures, résultant de la constipation opiniâtre qui alterne d'ailleurs avec ces pseudo-diarrhées. Les purgatifs, en même temps qu'ils font disparaître l'une, ont habituellement raison de l'autre.

Cette dernière et la constipation, dont elle est la compagne habituelle, font ordinairement défaut dans la dyspepsie gastrique. Il en est bien autrement quand il s'agit de dyspepsie intestinale.

Au nombre des symptômes de la dyspepsie gastrique, figurent encore les *sensations anormales* (*sensations douloureuses* à l'épigastre, *crampes* d'estomac, *irradiations douloureuses*, appétence variable pour les solides ou les liquides).

Les sensations douloureuses subissent des modifications sous l'influence

de l'alimentation, de la digestion, des excitants anomaux (médicaments et poisons, fer, iode, arsenic). Vives et donnant la sensation ou de brûlure ou de torsion, quand elles existent, pendant la première heure de la digestion, elles le sont beaucoup moins dans les trois heures qui suivent, où elles donnent une simple sensation de pesanteur ou de tiraillement.

Elles ne sont nullement influencées par la qualité ou la quantité des aliments. Il s'agit là d'une simple impression reçue par les nerfs sensibles de l'estomac et que toute substance ingérée peut donner.

La digestion ne peut augmenter les douleurs que par le fait du météorisme.

La pression exercée à pleines mains ne l'augmente jamais (G. Sée). État nerveux, névralgie, hyperesthésie, tels sont les noms qui ont servi jusqu'à ce jour à désigner cet état.

« La sensation par le pneumogastrique, dit M. G. Sée, est la seule consciente, la seule perçue.

» L'hyperesthésie n'existe pas ; il ne s'agit, dans la dyspepsie douloureuse, que de douleurs provoquées par les muscles contractés, douleurs siégeant dans les expansions nerveuses terminales ; c'est là aussi une des causes de paroxysme connu sous le nom de spasmes, de crampes d'estomac, de cardialgie, etc. »

Comme on le voit aisément, trois interprétations peuvent se présenter pour expliquer ces phénomènes douloureux ; ce sont : 1° l'état spasmodique ; 2° l'état d'atonie (d'où distension) ; 3° leur alternance.

Il existe aussi communément des contractions douloureuses des muscles de l'abdomen, et surtout des muscles droits, à leur attache sternale, phénomènes sur lesquels Briquet a depuis longtemps attiré l'attention ¹. Certaines douleurs thoraciques, dorsales, sont de même nature et de même siège (musculaires). On les désigne souvent à tort, d'après M. G. Sée, sous le nom de névralgies réflexes.

« Il est assz étrange de voir, dit-il, avec quelle facilité on admet aujour-

¹ Briquet ; Traité de l'hystérie.

d'hui des douleurs réflexes, c'est-à-dire des troubles réflexes aboutissant à un nerf sensible ; c'est le renversement de toutes les données les plus solidement acquises de la physiologie : un acte réflexe doit nécessairement aboutir à un mouvement ; dans le cas présent, l'arcdiastaltique est posé sur la muqueuse stomacale, siège d'une douleur ; il passe par la moelle et aboutit aux muscles thoraciques, œsophagiens, intercostaux, dorsaux, etc. Ces muscles, en se contractant, occasionnent des douleurs, comme nous avons vu les muscles de l'estomac provoquer des paroxysmes douloureux »

Il ne faudrait pas faire de la dyspepsie le synonyme d'anorexie ou même d'inappétence. Cette dernière peut se développer sous l'influence d'un besoin de réparation moindre. Les émotions morales, l'abus des alcooliques, des narcotiques, la crainte, peuvent également la faire naître.

Enfin les nombreux enduits de la langue peuvent également rendre compte de l'anorexie par diminution de la gustation. Il faut également compter avec le refus obstiné que l'on rencontre chez certains malades pour toute espèce d'aliments dont l'ingestion, ils en ont la triste expérience, provoque ou exagère des douleurs dont l'estomac est le siège.

Les troubles des fonctions cérébrales que peuvent présenter les dyspeptiques sont fort nombreux. L'énumération suivante, que nous empruntons à M. le professeur G. Sée, en est la preuve la plus évidente :

- 1° Insomnie et somnolence ;
- 2° Phénomènes psychiques ;
- 3° Vertiges à *stomacho læso* ;
- 4° Troubles vaso-moteurs ;
- 5° Douleurs musculaires ;
- ° Anesthésies et hyperesthésies ;
- 7° Accidents hystériformes et hypocondriaques ;
- 8° Palpitations, syncope et dyspnée.

Tous ces accidents, que l'on peut rencontrer dans la dyspepsie en général et que l'on rencontre plus principalement dans la dyspepsie gastrique, pourraient être grossis de l'énumération de bien d'autres. Pour ne pas

rendre plus fastidieuse cette nomenclature déjà fort longue et qui comprend d'ailleurs les symptômes les plus importants, nous nous bornerons à ceux qu'indique M. G. Sée. Nous essaierons toutefois de voir de quelle explication ils sont susceptibles, quel est, en un mot, leur mode pathogénique.

La somnolence est habituellement due à l'état d'oligémie cérébrale qu'explique suffisamment, pendant la digestion, l'afflux moindre de sang artériel vers le cerveau et la stase veineuse ; par gêne de la circulation en retour, causée elle-même par la difficulté de la respiration, en raison du volume plus ou moins grand que prend, chez les dyspeptiques, l'estomac dans ces circonstances.

L'insomnie est plus commune dans la dyspepsie intestinale ; aussi est-ce dans la nuit qu'on l'observe le plus souvent, et, soit dit en passant, le meilleur moyen d'y remédier consiste à diminuer l'alimentation du soir.

Frappé dans ses facultés intellectuelles, le malade perd la mémoire, se livre à grand'peine au travail ; il est plongé dans une tristesse profonde ; ses facultés affectives elles-mêmes faiblissent de jour en jour.

Ce qu'il y a de plus fâcheux dans cette situation, c'est que la plupart des malades assistent pour ainsi dire à leur déchéance intellectuelle et affective, car ils se rendent parfois un compte parfaitement exact de leur état, au point que nous avons pu obtenir de quelques-uns d'entre eux des aveux véritablement décourageants, si l'on ne savait qu'on peut remédier à ces divers états secondaires de la dyspepsie, et solidaires d'elle, c'est-à-dire s'aggravant avec elle et disparaissant quand elle guérit. L'un d'eux en effet nous a avoué qu'il ne s'expliquait pas ses emportements involontaires, et à l'occasion de rien, contre une femme qui le chérit, contre des enfants qui l'aiment de la plus tendre affection. Quelle distance sépare ces symptômes de ceux de l'aliénation mentale au début ? Elle est bien faible, si on ne considère que les symptômes en eux-mêmes sans les rattacher à leur véritable cause ; et, comme réciproque, ne pouvons nous pas nous demander s'il n'est pas un grand nombre de cas d'aliénation mentale susceptibles de reconnaître pour cause une dyspepsie ? Que de conséquences cliniques et thérapeutiques découlent naturellement d'une pareille conception ! Qu'il est facile alors de s'expliquer la guérison de bien des états psychiques

traités, les uns par le fer, les autres par les arsenicaux, d'autres enfin par les antisypilitiques ?

Ces accidents sont sous la dépendance d'une oligaimie le plus habituellement totale de l'encéphale et résultant, tantôt d'un réflexe ayant pour point de départ l'estomac, passant par le bulbe et de là se réfléchissant sur les vaisseaux cérébraux qui se resserrent, tantôt d'un état général grave d'anémie se traduisant du côté du système nerveux par les troubles psychiques que nous étudions.

Les vertiges « consistent, soit dans une sensation de vide ou de vague dans la tête ou de resserrement autour du crâne, soit dans une obnubilation ou divers troubles de la vue, soit par des mouvements giratoires personnels ou objectifs. On les observe très souvent dans l'atonie gastrique. Ils se produisent, tantôt à l'état de vacuité de l'estomac, tantôt pendant la digestion, parfois à l'occasion du développement du tympanisme stomacal, tantôt enfin à l'occasion de la vue d'un objet brillant ou se mouvant avec plus ou moins de rapidité ».

Tels sont les vertiges dits *à stomacho læso*.

Comme l'ulcère rond et le cancer de l'estomac s'accompagnent exceptionnellement de vertiges, comment rapporter à l'estomac seul la cause de ceux qu'on observe dans la dyspepsie ?

Est-il nécessaire, pour l'interprétation de ceux-ci, de recourir, comme le veut M. G. Sée, à l'existence d'une anémie générale par inanition, ou totale réflexe ? Sans doute, la chose est possible, et nous sommes loin de nier l'influence d'une action aussi puissante ; mais nous sommes également convaincu que si l'action du spasme vasculaire cérébral peut produire de tels effets, il peut bien en être de même du cœur, cet organe qui l'un des premiers reçoit l'impression des modifications subies par l'estomac.

Puisque c'est surtout dans l'atonie stomacale qu'on voit les vertiges se produire, puisque atonie stomacale et météorisme sont choses, nous ne dirons pas identiques, mais coexistantes, n'y a-t-il pas lieu de se demander quelle est l'influence que le météorisme peut exercer sur le cœur et consécutivement sur les centres nerveux ?

Le météorisme, avons-nous dit plus haut, a pour premier effet, refoulant le diaphragme, de produire la dyspnée et une gêne circulatoire plus ou moins marquée. De là, pour les centres nerveux, un apport moindre de sang artériel et une stase veineuse assez grande.

Mais le météorisme se développant surtout à l'occasion de la digestion, on aura là l'explication des vertiges qui auront lieu pendant que se produira cette fonction physiologique de premier ordre.

Le météorisme disparaît habituellement dans l'intervalle des repas; il sera à peu près nul quand l'estomac sera vide. Le diaphragme, habituellement distendu chez le dyspeptique, se laissera aller dans ces cas, s'affaissera en quelque sorte vers l'abdomen jusqu'au moment où une digestion nouvelle, provoquant un météorisme nouveau, viendra donner à ce muscle sa tension habituelle; il en résultera donc une sorte de vide thoracique qui favorisera l'afflux du sang de l'encéphale vers le thorax. Le cœur droit lui-même se laissera facilement dilater et l'anémie cérébrale, par un mécanisme différent de celui de tout à l'heure, en résultera, d'où le vertige à l'état de vacuité de l'estomac.

Enfin une action nerveuse, telle que la vue d'un objet brillant ou mobile, agira, à notre sens, en provoquant un trouble circulatoire spasmodique d'autant plus intense par ses effets que l'anémie cérébrale sera elle-même plus grande en ce moment.

Comme on le voit, nous préférons ces explications multiples de la production de vertiges à *stomacho læso*, en raison des circonstances différentes au milieu desquelles on les voit se produire, à une explication unique qui ne saurait, à notre avis, s'appliquer à tous les cas.

Il existe, chez les dyspeptiques, des douleurs de siège et de distribution multiples qu'on avait improprement désignées sous le nom de névralgies réflexes et qui occupent les muscles qui travaillent le plus. Ce sont :

1^o Des douleurs dorsales dans les masses charnues du long du dorsal; la pression, les mouvements, certaines attitudes qui tendent leurs fibres, les exagèrent.

Ces douleurs sont produites par la fatigue musculaire, plus facile à se

manifester dans des muscles nourris par un sang affaibli. On les voit siéger de préférence dans les muscles du tronc, du thorax, de l'épigastre. Ici surtout, où l'on peut les confondre avec la gastralgie, il est bon d'appliquer les notions acquises sur le diagnostic des douleurs musculaires, qui, pour être augmentées par le météorisme digestif dans certains cas, n'en conservent pas moins les caractères propres aux douleurs des muscles (influence du mouvement, etc.).

2^o La migraine dyspeptique, qui est habituellement unilatérale et s'accompagne de troubles de la circulation faciale (pâleur), oculaire (retrait de l'organe) encéphalique (oligémie avec surexcitation de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, quelquefois par action du nerf vague excité dans le bulbe, des nausées, des vomissements.

« L'hémicrânie, dit M. G. Sée, est donc une excitation générale de tous les nerfs vaso-moteurs, constricteurs, de l'encéphale, de la tête, excitation suivie d'une contraction douloureuse des muscles de la tête. » Ces phénomènes peuvent être remplacés par un simple trouble vaso-moteur de la face, congestion le plus habituellement.

A côté des névralgies que l'on observe chez les dyspeptiques et surtout de la névralgie intercostale, la plus fréquente entre toutes, névralgies liées le plus souvent à un trouble de circulation, on voit aussi se produire chez les dyspeptiques certaines anesthésies plus ou moins étendues, bien que celles-ci se rencontrent plus fréquemment dans l'hystérie ou l'hypochondrie.

Les anesthésies, comme les névralgies, s'accompagnent le plus souvent de troubles vaso-moteurs qui en facilitent l'interprétation, lorsque surtout à cette première cause vient s'en ajouter une autre tout aussi efficace à les produire ; je veux parler de l'anémie plus ou moins intense dont s'accompagne la dyspepsie.

L'hypochondrie et l'hystérie, surtout celle qui limitée aux phénomènes nerveux périphériques ne s'accompagne pas d'attaques hystériques, s'observent malheureusement trop souvent dans le cours de la dyspepsie.

Il n'est pas jusqu'à certains phénomènes circulatoires ou respiratoires qu'on n'observe chez les dyspeptiques. De ce nombre sont les congestions

cérébro-spinales, les palpitations de cœur, les syncopes, enfin l'hypertrophie transitoire du cœur (Potain, Teissier, F. Frank, Baumel, Barié). On observe aussi parfois de la dyspnée, que celle-ci soit d'ordre purement mécanique et due au refoulement des organes voisins et du diaphragme par l'estomac distendu, qu'elle retentisse au contraire par le pneumogastrique (voie centripète) et le sympathique (voie centrifuge) sur la circulation pulmonaire, et consécutivement sur le cœur droit, comme tendent à le prouver les expériences les plus récentes et en particulier celles de Teissier ou de son élève Morel. Cette dyspnée peut s'accompagner ou non d'algidité.

Enfin, et nous terminerons par là cette énumération déjà fort longue des symptômes propres à la dyspepsie, il est des phénomènes de dénutrition que l'on observe assez souvent, tels que : l'amaigrissement plus ou moins notable par assimilation incomplète, l'anémie plus ou moins profonde résultant d'une hématopoïèse défectueuse.

On a été même jusqu'à accuser la dyspepsie de produire, pour les uns des tubercules (Beau)¹, pour les autres le cancer. Nous ne faisons que mentionner ces idées hypothétiques, qui ne s'accorderaient pas de nos jours avec les données actuelles de la science moderne.

¹ Beau; Traité des dyspepsies.

DIFFÉRENTES FORMES DE LA DYSPEPSIE.

Il est, à notre avis, de la première importance de remonter à la cause de la dyspepsie et de la connaître, pour la combattre le plus rapidement possible; mais, avant d'en venir là, il est nécessaire d'établir l'existence de la dyspepsie. Or, celle-ci peut se présenter suivant certaines modalités cliniques qu'il est, à notre avis, indispensable de décrire. Il est nécessaire en effet de ne pas rapporter à un type constant et toujours identique à lui-même le tableau varié que peut offrir la dyspepsie, sous peine de méconnaître plus d'une de ses formes et de s'égarer, non-seulement dans le diagnostic, mais encore dans le traitement de cette maladie. C'est ici que nous verrons les divers symptômes énumérés plus haut se grouper de telle ou telle façon pour constituer, par leur coexistence, un tableau clinique particulier en quelque sorte à chaque forme de dyspepsie et que nous allons maintenant passer successivement en revue.

Malgré les immenses progrès réalisés dans ces derniers temps, relativement aux connaissances que nous avons des dyspepsies, il nous faut encore pour les formes cliniques, c'est-à-dire pour la partie immuable de notre art, l'observation, nous en tenir aux réflexions consignées sur ce point important par le savant Trousseau, clinicien de génie et dessinateur fidèle des tableaux de la nature. Nous ne saurions mieux choisir notre guide.

Trousseau admet quatre formes cliniques de la dyspepsie ; ce sont :

- 1° La dyspepsie liée à la gastrite chronique ;
- 2° La dyspepsie boulimique ;
- 3° La dyspepsie flatulente ;
- 4° La dyspepsie acide.

Nous allons, dans l'impossibilité où nous sommes de faire aussi bien que lui, reproduire la description de chacune d'elles, telle qu'elle est sortie de ses mains.

Dyspepsie liée à la gastrite chronique. — « Sous l'influence de l'inflammation de l'estomac, les fibres musculaires de cet organe perdent la régu-

larité normale de leurs mouvements ; les sécrétions sont également troublées. Dans ce cas, la dyspepsie est accompagnée d'inappétence, d'amertume de la bouche. La langue est habituellement couverte d'un enduit saburral ; souvent il y a des nausées, des vomituritions, et même des vomissements de matières alimentaires précédés ou suivis de ces vomissements que l'on désigne vulgairement sous le nom de *pituite* ; quelquefois, bien que rarement, de vomissements acides. Il y a fréquemment des éructations nidoreuses ayant un goût de gaz acide hydrosulfurique ou, comme le disent les malades, un goût d'œufs pourris.

»Généralement, il vous sera facile de remonter à la cause de la dyspepsie qui se présente sous cette forme. Une irritation passagère, telle que celle qui est occasionnée par une indigestion, aura été le point de départ des accidents, qui seront alors aussi passagers que l'indisposition qui les aura produits ; mais, dans d'autres cas et lorsque la dyspepsie a revêtu un caractère de chronicité, vous reconnaîtrez qu'elle dépend d'une irritation permanente de l'estomac, d'une gastrite chronique, affection dont on a cherché dans ces derniers temps à nier l'existence d'une façon trop absolue ».

C'est cette première forme de la dyspepsie que l'on rencontre assez fréquemment chez les alcooliques. On la voit se produire assez communément ; elle s'accompagne habituellement d'un certain degré de dilatation gastrique. Nous ne croyons pas devoir, en raison de sa fréquence si grande et de la description précédente, qui est aussi complète que possible, nous y arrêter plus longtemps.

Dyspepsie boulimique. — Voici ce qu'en dit Trousseau : « Dans cette forme de dyspepsie, il n'y a ni éructations, ni flatuosités, ni vomissements, comme dans le cas précédent. La constipation est un phénomène habituel ; toutefois, dans quelques circonstances, il y a au contraire de la diarrhée, et ce flux intestinal plus ou moins abondant provient de ce que les aliments sont trop rapidement chassés de l'estomac dans le duodénum, avant que le premier travail, celui de la digestion gastrique, ait eu le temps de s'accomplir. »

Il en résulte que les aliments azotés passent dans l'intestin sans avoir subi la peptonisation normale qui les rend solubles et surtout assimilables, d'où la nutrition imparfaite se traduisant par les besoins incessants d'alimentation éprouvés par les malades.

Dyspepsie flatulente. — « La dyspepsie flatulente, dit Trousseau, est caractérisée par la sécrétion exagérée des gaz qui dans l'état normal se développent dans le canal intestinal. Immédiatement après l'ingestion des aliments, ces gaz se produisent en quantité plus ou moins considérable dans l'estomac, dans l'intestin qu'ils distendent, et cette distension amène le développement du ventre, à tel point que les malades, trop à l'étroit dans leurs vêtements, sont obligés de les desserrer. On a cherché à expliquer ce phénomène par une fermentation rapide des matières fécales ingérées, par la production abondante d'acide carbonique, résultat de cette fermentation qui aurait lieu dans le tube digestif, absolument comme a lieu celle du vin dans la cuve des vendangeurs. Ce n'est pourtant pas de cette façon que les choses se passent. Ainsi que le fait observer Graves (de Dublin), qu'aux individus sujets à ces flatuosités on donne des aliments susceptibles de fermenter, ou qu'on leur donne de la viande et presque exclusivement de la viande, le développement des gaz se fait avec la même rapidité. Dans ce dernier cas, on ne peut pas dire qu'il y ait fermentation. Que ce qui s'opère dans la masse alimentaire pendant le travail de la digestion soit une des causes de la production des gaz intestinaux, le fait est incontestable. Mais ce n'en est pas la source la plus abondante, et la plus grande part revient à une sécrétion particulière. Il en est si bien ainsi, cette sécrétion est si bien indépendante de la *coction* des aliments, que dans certains cas, chez une femme hystérique par exemple, nous voyons la tympanite se produire en l'espace de moins de dix minutes; nous voyons le ventre prendre sous nos yeux, sous notre main, un développement quelquefois très considérable. Assurément, une fermentation ne saurait être invoquée ici pour expliquer ce phénomène, car je suppose que nous observons le malade avant ou après son repas, alors qu'il n'y a pas d'aliments contenus dans le canal digestif : d'ailleurs, en admettant qu'il y ait des matières

alimentaires, on ne pourra admettre que ce travail de fermentation ait pu être aussi rapide. Il s'est donc fait, sous l'influence d'un trouble du système nerveux, une sécrétion exagérée de gaz, absolument comme, sous la même influence nerveuse, il peut se faire une sécrétion exagérée de larmes, de salive ou d'urine. Cette observation a son importance ; car, lorsqu'en présence de semblables accidents vous voulez raisonner à la façon des chimistes qui considèrent l'estomac comme un verre à expérience, lorsque vous disant : il y a de l'acide carbonique en excès, et cet excès provient d'une fermentation, il s'agit donc de combattre celle-ci, et la chimie m'en fournit les moyens ; lorsque, raisonnant ainsi, vous prétendez remédier au mal, vous n'obtenez aucun résultat sérieux. Si au contraire, restant tout simplement médecin, vous avez recours à des bains, à des affusions froides, à l'administration de quelques gouttes d'éther ou de tout autre moyen dont l'expérience nous a appris à connaître les bons effets, vous intervenez utilement. Quant aux flatuosités qui caractérisent la forme de dyspepsie dont je parle maintenant, je ferai connaître les remèdes qu'il faut employer pour les faire cesser. »

Dyspepsie acide. — « Il est des cas, dit Trousseau, où les acides de l'estomac se produisent en quantité considérable. A peine les malades viennent-ils de manger qu'ils ont des renvois aigres et que, après leur repas, ils rendent quelquefois des matières acides en plus ou moins grande abondance. L'acidité de ces matières peut être telle que, sans rien exagérer, les dents sont agacées par leur contact, comme elles le sont par celui des groseilles, du citron, et, lorsqu'elles sont reçues dans des vases de cuivre, ces vases se couvrent presque instantanément d'une couche plus ou moins étendue, d'une couleur verte, formée par du lactate de cuivre. Les explications chimiques n'ont pas manqué pour rendre compte de ce qui se passait dans ces circonstances. On a dit que la glycose contenue dans les aliments, ayant subi la digestion stomacale, se transformait en sucre, et que celui-ci se transformait en alcool ; mais là encore la chimie s'est trouvée en défaut, car la formation des produits acides est souvent plus abondante lorsque les malades se sont exclusivement nourris de viande que lorsqu'ils ont pris des

aliments féculents. D'autres fois, il est vrai, c'est le contraire qui a lieu. Il suffit néanmoins de quelques cas semblables aux premiers pour avoir la preuve évidente que les acides de l'estomac sont le résultat d'une sécrétion particulière et que leur production ne dépend pas d'une composition, d'une opération chimique aussi simple qu'on se l'imagine. Ainsi que Graves le professait déjà en 1828, comme Berzélius le répéta sept ans plus tard, ces produits de sécrétion acide sont constitués par l'acide lactique. Si la sécrétion est aussi abondante dans l'espèce de dyspepsie à laquelle nous faisons allusion, c'est qu'elle est exagérée par le fait d'une excitation particulière de la membrane muqueuse gastrique, excitation tout entière elle-même sous l'influence du système nerveux qui préside aux fonctions des appareils sécrétoires. »

DIAGNOSTIC

On doit établir le diagnostic entre la dyspepsie gastrique et le cancer de l'estomac et du foie, la dilatation de l'estomac, les pseudo-dyspepsies (gastralgie et atonies intestinales), la lithiase biliaire, l'ulcère de l'estomac, les gastrites toxiques, les vomissements, les helminthes.

Le cancer de l'estomac présente trois périodes dans son évolution : la première celle de dyspepsie, la seconde celle de tumeur, la troisième celle d'ulcération.

De ces trois périodes, la première seule mérite de nous occuper ici ; dans la seconde, l'appréciation de la tumeur, douloureuse ou non ; dans la troisième, l'apparition des hématomés ou du méléna, viennent montrer bien vite qu'il s'agit de toute autre chose que de la dyspepsie simple. Seule la période de dyspepsie, qui doit précisément son nom à l'analogie symptomatique qui lui est commune avec cette dernière, peut présenter certaines incertitudes au point de vue du diagnostic. Ces dernières persistent autant que dure cette première période, et on les voit, dans certaines circonstances, durer du commencement à la fin de la maladie : c'est lorsque, l'ulcération ne se produisant pas, la tumeur ne devient pas appréciable. Cela se produit quand il s'agit d'un cancer en nappe par exemple, ou d'une localisation anormale et profonde de la lésion.

Le cancer du foie offre souvent des difficultés assez grandes au point de vue du diagnostic différentiel. Elles ne sont jamais aussi considérables que les précédentes. Il en est de même des diverses tumeurs dont l'hypochondre droit peut être le siège. De ce nombre, sont celles de la tête du pancréas, de l'angle du colon, enfin les tumeurs, ganglionnaires ou autres, que l'on peut rencontrer à la face inférieure du foie ; mais les troubles dyspeptiques de l'estomac, moins marqués dans le carcinome hépatique, les manifestations intestinales et les évacuations propres aux lésions du colon, enfin l'ictère, symptôme habituel des lésions du hile du foie, permettent de rapporter à leur véritable origine les symptômes observés et d'assigner un siège

à chacune de ces lésions, en apparence analogues, et dont l'hypochondre droit peut être le siège. Il en sera de même le jour où les lésions du pancréas seront reconnues capables d'engendrer le diabète, comme tendent à le prouver les récentes recherches de MM. Lancereaux et Baumel.

La dilatation de l'estomac accompagne souvent la dyspepsie ; elle n'en est pas la conséquence, ni la cause obligée. La digestion peut s'effectuer d'une façon tout à fait normale dans un estomac dilaté, comme elle peut être considérablement entravée dans un ventricule gastrique qui conserve ses dimensions normales.

La lithiase biliaire peut être confondue avec la dyspepsie gastrique, non pas en raison des douleurs propres à la colique hépatique, dont le tableau clinique, facile à reconnaître, n'échappera jamais à l'observation attentive du praticien, mais en raison de certaines formes décrites par M. G. Sée sous les noms de *dyspepsie acido-biliaire ictérique* (action sur l'estomac de la bile résorbée), de *dyspepsie acido-biliaire non ictérique* (accumulation des acides biliaires dans le sang), et enfin de dyspepsie produite par la bile dans l'estomac.

Il est aujourd'hui en effet démontré que la pénétration de la bile dans l'estomac arrête ou entrave la digestion. Les craintes inspirées par une salivation trop considérable, que l'on a longtemps cru capable de neutraliser l'acidité du suc gastrique et par suite l'action de la pepsine, sont beaucoup moins fondées qu'on ne l'avait cru tout d'abord.

On pourra confondre encore, à première vue, la dyspepsie avec l'ulcère simple de l'estomac ; mais, à un examen plus approfondi, on ne tardera pas à remarquer que, dans le premier cas, la douleur excessive qui de l'épigastre se dirige en droite ligne vers la région dorsale de la colonne vertébrale (où il existe habituellement un point douloureux à la même hauteur que la précédente) fait complètement défaut, ainsi que l'hématémèse. Ces symptômes sont au contraire très fréquents, pour ne pas dire absolument constants, dans le second. Et d'ailleurs, dans les cas rares et exceptionnels qui peuvent se produire, dans lesquels le doute sera possible, les habitudes alcooliques et alimentaires du malade, enfin les anamnestiques, pourront servir à résoudre la difficulté.

Nous croyons pouvoir nous dispenser de parler ici des gastrites toxiques et de la gastrite alcoolique, qui se différencient suffisamment par leurs causes, toujours appréciables de la dyspepsie proprement dite.

Il serait fort intéressant et fort utile à la fois de pouvoir établir le diagnostic chimique propre à chaque dyspepsie. Les indications en découleraient naturellement et les moyens à mettre en usage nous seraient vite connus. Malheureusement il n'en est rien, et, dans l'état actuel des choses, il nous est impossible, quoi qu'on en dise, d'établir ce diagnostic. Voici ce qu'en pense M. G. Sée, relativement à la dyspepsie par déficit d'acide chlorhydrique : « Le praticien avancé, surtout en Allemagne, ne connaît pas d'obstacle. Nous, armés de patience, nous attendons que la chimie nous ait fourni des moyens certains et expéditifs pour préciser les défaillances de l'acidité stomacale. »

Quant à l'influence de la pepsine, il nous est impossible actuellement de savoir s'il y a déficit de sécrétion de cette substance, ou au contraire défaut de mutation de l'état insoluble à l'état soluble, et même, dans ce dernier cas, il est permis de se demander jusqu'à quel point serait utile l'administration des pepsines artificielles.

Il est tout aussi difficile de reconnaître l'adultération du suc gastrique par du mucus, malgré le tableau du malade atteint de catarrhe muqueux de l'estomac et que M. G. Sée résume de la façon suivante : « les enduits saburraux de la langue, le mauvais goût de la bouche, l'inappétence absolue (excepté pour le vinaigre, le citron et le poivre), les nausées, les vomissements de nature muqueuse, les éructations *nidoreuses*, la constipation avec un malaise *général*, l'abattement physique, la prostration morale, et même un mouvement fébrile ». Ces divers symptômes peuvent s'observer isolément; leur coexistence n'est pas nécessaire et constante, d'où la faible importance qui résulte de la constatation de leur existence chez un même malade.

Il en est bien autrement des dyspepsies alimentaires par excès ou par défaut. Outre que les renseignements fournis par le malade et les anamnestiques servent à établir le diagnostic, ces dyspepsies ont habituellement la durée de leur cause.

Les dyspepsies peuvent être confondues avec les pseudo-dyspepsies qui ont pour siège l'intestin, le foie ou l'estomac lui-même. M. G. Sée les désigne sous le nom d'atonies gastro-intestinales. Voici la classification adoptée par cet auteur :

1^{er} Type : Atonie simple de l'intestin avec constipation habituelle et tympanisme permanent.

2^e Type : Atonie d'origine hémorroïdaire ou atonique.

3^e Type : Atonie suivie d'entérite muco-membraneuse.

4^e Type : État asthénique de l'intestin dû à la diminution de la sécrétion biliaire : atonie intestino-hépatique.

5^e Type : Atonie spasmodique de l'estomac.

L'énumération successive de ces différentes formes de pseudo-dyspepsies nous dispense d'insister sur leur diagnostic différentiel d'avec les dyspepsies vraies. C'est tantôt le siège, tantôt l'étiologie, tantôt enfin la symptomatologie propre à chacune d'elles qui les caractérise de façon à permettre de ne pas les confondre, soit entre elles, soit avec la dyspepsie gastrique, d'une manière générale.

TRAITEMENT.

Relativement au traitement de la dyspepsie: « Vous comprenez, dit Trousseau, qu'il est impossible de formuler des règles absolues, et que je dois me borner à vous faire connaître une série de moyens qui, trouvant leur application dans un certain nombre de cas assez restreints où la maladie affecte des formes nettement tranchées, ne sont utiles, dans la majorité des circonstances, qu'autant qu'on les combinera les uns avec les autres, selon les indications que l'observation seule pourra vous fournir. »

Parti d'un autre point de vue, M. Sée aboutit au même résultat que Trousseau, lorsqu'il fait dans un chapitre l'énumération des méthodes de traitement.

Nous allons, conservant l'ordre adopté par M. Sée, les énumérer ici successivement.

1^{re} Méthode : Digestifs, nutritifs, auxiliaires indirects.

Éléments du suc gastrique { 1° L'acide chlorhydrique.
2° Les ferments digestifs (pepsine gastrique).
Pepsine végétale.
3° Les peptones.
4° Les substances antifermentescibles (acide salicylique, iode).

2^e Méthode : Substances pepsinogènes.

1^{er} genre : Les alcalins sodiques.

2^e — L'alcool.

3^e Méthode : Médicaments dits gastriques (amers, noix vomique, tannique, nitrate d'argent).

4^e Méthode : Évacuants mécaniques (dans les dyspepsies par excès de mucus ou de peptones). Pompe gastrique.

5^e Méthode : Évacuants éméto-purgatifs.

6^e Méthode : Médication absorbante (charbon, bismuth, craie).

7^e Méthode : Médication sédative.

1^{er} genre : Émollients (bouillon de vieille poule, tisane de lin, de bouillon blanc).

2^e genre : Sédatifs (opium, belladone, jusquiame, aconit).

3^e — Émissions sanguines locales.

8^e et 9^e Méthode : Régime et boissons.

10^e Méthode : Traitement externe (Eaux thermales, hydrothérapie, électricité).

A une énumération aussi longue nous préférons de beaucoup la formule générale suivante, due à MM. Laveran et Teissier, et qui résume en quelques mots l'opinion de Trousseau que nous avons citée plus haut.

«Le traitement de la dyspepsie doit varier suivant les formes de la maladie. Aux dyspepsies douloureuses, le médecin opposera les narcotiques et les spasmodiques; aux formes atoniques, les stimulants, les astringents et les amers; aux formes catarrhales, les évacuants, les hypercriniques; aux formes irritatives, les émissions sanguines et les révulsifs¹, etc.»

Le régime le meilleur, d'après Trousseau, est celui que le malade supporte le mieux. On doit surveiller la *quantité* et la *qualité* des aliments ingérés. « Le régime lacté, la viande crue, les salaisons, les viandes fumées, sont en général très bien supportés. »

Il est très important de *régler l'heure des repas*. L'exercice musculaire après le repas, et sans fatigue, est parfaitement indiqué.

Dans la dyspepsie névrosique, l'opium, l'éther, le chloroforme, sont parfaitement indiqués. On les donne avant ou après le repas; il en est de même des spiritueux aromatiques.

Dans les formes atoniques, les apéritifs, les amers (quassia, colombo, noix vomique, etc.), les eupeptiques (Gubler); les alcalins, qui rendent plus abondantes les sécrétions acides de l'estomac (Cl. Bernard), et agissent sur l'économie (Trousseau); les acides (chlorhydrique et lactique), la diastase (pepsine, pancréatine) qui remplacent les principes digestifs nouveaux.

Contre le pyrosis et le météorisme, qu'on observe dans la dyspepsie

¹ Laveran et Teissier; Pathol. et clin. méd. Paris, 1878.

atonique, on pourra avantageusement recourir aux absorbants (charbon, craie, bismuth, magnésie).

Dans la dilatation de l'estomac, cet organe sera lavé par la méthode de Kismaul, soit avec de l'eau pure, soit avec de l'eau minérale. On combattra les saburres et les enduits muqueux à l'aide des évacuants (vomitifs, purgatifs).

L'opium et la belladone seront très utiles dans la forme boulimique et contre la diathèse chronique, l'aloès et la rhubarbe contre la constipation.

Le traitement des diathèses ou des diverses maladies sous l'influence desquelles se sera développée la dyspepsie, ne devra pas être négligé. Ce sera quelquefois à cette condition seulement que l'on parviendra à avoir raison de certaines dyspepsies rebelles à l'emploi de tout autre moyen. C'est dans ces cas que les eaux alcalines ou carbonatées calcaires (Vals, Vichy, Saint-Alban), les eaux martiales gazeuses ou bicarbonatées (Spa, Boulou), Plombières, Luxeuil, Aix-les-Bains contre la dyspepsie rhumatismale, feront habituellement merveille.

Il en sera de même, dans certains cas, de l'hydrothérapie (Bénibarde) ainsi que des bains de mer (Trousseau).

Vu :
Le Président-Censeur,
DUPRÉ.

Vu, bon à imprimer,
Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie.

L'alcool, l'éther, au point de vue chimique et pharmaceutique.

Physique médicale.

Théorie du microscope composé.

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Donner les caractères distinctifs des Solanées, des Borraginées et des Scrofularinées.

Anatomie.

Décrire les muscles de la langue.

Anatomie Pathologique et Histologie.

De la cellule en général ; son origine, son fonctionnement.

Physiologie.

De la sécrétion de la sueur.

Pathologie médicale ou interne.

Y a-t-il plusieurs espèces de pneumonies ?

Pathologie chirurgicale ou externe.

De la hernie crurale.

Thérapeutique et Matière médicale.

Médication par les iodurés.

Opérations et Appareils

Des amputations partielles du pied.

Médecine légale et Toxicologie.

Diagnostic médico-légal des blessures *post mortem*.

Hygiène.

Causes et prophylaxie du scorbut.

Accouchements.

De l'hémorrhagie utérine au dernier terme de la grossesse.

Clinique interne.

Le typhus et la fièvre typhoïde sont-ils identiques ?

Clinique externe.

De l'étranglement herniaire.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

Du délire affectif.

Titre de la Thèse à soutenir.

Étude clinique de la Dyspepsie gastrique.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École , de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate , je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés. et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
